



Este formulario es para personas que tienen beneficios de MassHealth Standard y de Medicare Part A y Part B, y que deciden inscribirse en Tufts Health Plan Senior Care Options.



a Point32Health company

Formulario de inscripción en MassHealth Senior Care Options (SCO) y Medicare Advantage

- Tufts Health Plan Senior Care Options (HMO SNP) H8330-001-000
- Tufts Health Plan Senior Care Options CW (HMO SNP) H8330-002-000
- Tufts Health Plan Senior Care Options MassHealth Standard (Medicaid) solamente*

*Si usted tiene MassHealth Standard, pero no cumple con los requisitos para Original Medicare, aún puede ser elegible para inscribirse en nuestro plan MassHealth Senior Care Options y recibir todos sus beneficios de MassHealth a través de nuestro programa Tufts Health Plan Senior Care Options.

Información de MassHealth

► ¿Está inscrito en MassHealth? Sí No

Escriba su número de identificación de MassHealth o adjunte una copia de su tarjeta de MassHealth. Su número de MassHealth es el número de 12 dígitos que aparece debajo de su nombre.

Número de identificación de MassHealth _____

Debe tener 65 años de edad o más, contar con los beneficios de MassHealth Standard, vivir en el área de servicio de Tufts Health Plan Senior Care Options, no ser residente de un hospital de enfermedades crónicas y no tener ningún otro seguro médico integral, excepto Medicare, para inscribirse en una organización de cuidado para personas de la tercera edad. Para solicitar MassHealth, llame al 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648 para las personas sordas o con deficiencia auditiva o del habla).

► Nombre del médico de atención primaria que ha seleccionado:

_____ ¿Es actualmente un paciente? Sí No

Información del miembro

Apellido	Primer nombre	Inicial seg. nombre	Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Formato preferido para materiales <input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> Letra grande <input type="checkbox"/> CD de audio <input type="checkbox"/> CD de datos Otro _____	
Idioma escrito preferido		Idioma hablado preferido	

Dirección permanente (donde vive)

Dirección		Ciudad/pueblo
Estado	Código postal	Número de teléfono

Dirección postal (donde recibe el correo, si es distinta a la dirección de donde vive)

Dirección		Ciudad/pueblo
Estado	Código postal	Número de teléfono

Si es residente de un **centro de enfermería**, ingrese aquí el nombre y la dirección del lugar.

Nombre del centro de enfermería		
Dirección		Ciudad/pueblo
Estado	Código postal	Número de teléfono

Es su decisión responder o no estas preguntas. No se le puede negar la cobertura por no responderlas.

¿Usted es de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- No, no soy de origen hispano, latino ni español Sí, cubano
 Sí, mexicano, mexicanoestadounidense, chicano Sí, soy de otro origen hispano, latino o español
 Sí, puertorriqueño Prefiero no responder

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan.

Indio estadounidense o nativo de Alaska

De raza negra o afroamericana

Asiático:

Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico:

Indio asiático

Guameño o chamorro

Chino

Nativo de Hawái

Filipino

Samoano

Japonés

Otras islas del Pacífico

Coreano

De raza blanca

Vietnamita

Prefiero no responder

Otro grupo asiático

Información de Medicare

► Use su tarjeta de Medicare para llenar esta sección.

- Escriba su número de Medicare, indique su género y anote las fechas de entrada en vigor que aparecen en el lado derecho de su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.

-O BIEN-

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta de la Administración del Seguro Social o la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios.

Debe tener Medicare Part A y Part B para afiliarse a un plan de Medicare Advantage.

Nombre (como aparece en la tarjeta de Medicare): _____

Número de Medicare: _____

Tiene derecho a: Fecha de entrada en vigor:

HOSPITAL (Part A) _____

SEGURO MÉDICO (Part B) _____

Otro seguro médico

► ¿Tiene algún otro seguro médico aparte de Medicare y MassHealth? Sí No

Si su respuesta es "Sí", ¿cuál es el nombre del otro seguro? _____

Su atención médica

Al llenar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Tufts Health Plan Senior Care Options es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Tufts Health Plan Senior Care Options también tiene un contrato con Commonwealth of Massachusetts/MassHealth. Tendré que mantener mi MassHealth Standard y Medicare Part A y Part B. Puedo estar en un solo plan de Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud de Medicare o plan de medicamentos recetados. Es mi responsabilidad informarles de cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda obtener en el futuro. Debido a que tengo MassHealth, puedo dejar Tufts Health Plan Senior Care Options en cualquier momento. Ya no estaré cubierto por Tufts Health Plan Senior Care Options a partir del primer día del mes siguiente al mes en que solicité dejar Tufts Health Plan Senior Care Options (ejemplo: Solicito dejar este plan el 10 de julio; desde el 1 de agosto ya no tendré cobertura de este plan).

Tufts Health Plan Senior Care Options presta servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en que Tufts Health Plan Senior Care Options presta servicios, tengo que notificar al plan para poder cancelar mi inscripción y buscar otro plan en mi área nueva. Cuando sea miembro de Tufts Health Plan Senior Care Options, tendré derecho a apelar las decisiones del plan sobre el pago o los servicios si no estoy de acuerdo con ellas. Leeré la Evidencia de Cobertura de Tufts Health Plan Senior Care Options cuando la reciba para saber las reglas que debo seguir para recibir la cobertura con este plan de Medicare Advantage. Entiendo que los beneficiarios de Medicare no suelen tener cobertura de Medicare mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de Estados Unidos.

Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Tufts Health Plan Senior Care Options, debo recibir todo el cuidado de la salud de parte de Tufts Health Plan Senior Care Options, con la excepción de los casos de emergencia o servicios urgentemente necesarios, o de diálisis fuera del área de servicio. Tendrán cobertura los servicios autorizados por Tufts Health Plan Senior Care Options y otros servicios incluidos en mi documento de Evidencia de Cobertura de Tufts Health Plan Senior Care Options (también conocido como contrato del miembro o acuerdo de suscriptor). Sin autorización, NI MEDICARE NI TUFTS HEALTH PLAN SENIOR CARE OPTIONS PAGARÁN LOS SERVICIOS.

Entiendo que si recibo ayuda de un agente de ventas, corredor o de alguien más empleado o contratado por Tufts Health Plan Senior Care Options, esta persona podría recibir un pago de acuerdo con mi inscripción en Tufts Health Plan Senior Care Options.

Divulgación de información

Reconozco que si me afilio a este plan de salud de Medicare, el plan divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para el tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud. También reconozco que Tufts Health Plan Senior Care Options divulgará mi información a Medicare, que a su vez puede divulgarla para investigación y otros fines que cumplan con todos los estatutos y reglamentos federales aplicables. La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si doy información falsa intencionalmente en este formulario, cancelarán mi inscripción en el plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en nombre del solicitante según las leyes del estado en el que reside) en esta solicitud significa que he leído y entiendo que: 1) esta persona está autorizada según la ley estatal a realizar esta inscripción y 2) la documentación de esta autorización está disponible a solicitud de Tufts Health Plan Senior Care Options o Medicare.

Uno de nuestros representantes del Servicio para Beneficiarios lo llamará dentro de los próximos 10 días para verificar la información en este formulario y para asegurarse de que usted entiende las reglas de nuestro plan.

Proporcione un número de teléfono al que podamos llamar para comunicarnos con usted: _____

Mejor hora para llamar: _____ mañana _____ tarde _____ noche

Firma

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha de hoy: _____

Si ha escogido a un representante autorizado, este debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Relación con el beneficiario: _____

Solo para uso interno

Nombre del miembro del personal/agente/corredor
(si ayudó en la inscripción):

Número Nacional de Productor (NPN) del agente: _____

Nombre de la agencia/organización de mercadeo
de campo (FMO): _____

N.º de identificación del plan: _____

Fecha de recepción de la solicitud: _____

Fecha de entrada en vigor de la cobertura: _____

ICEP/IEP: _____ OEP: _____ AEP: _____

SEP (tipo): _____ No elegible: _____

Notas
